

Pouvoir et médecine

Contributions de la série d'événements
Medical Humanities 2017-2020

Éthique, décision et pouvoir sous l'angle de l'éthique clinique

Prof. Rouven Porz

Responsable du service Éthique médicale et formation postgraduée, Hôpital de l'île, Berne

Il est en réalité étonnant que l'on réfléchisse si peu au pouvoir et à ses structures dans la discipline qu'est l'éthique – ou, pour être plus concret encore, la discipline relativement nouvelle de « l'éthique clinique » à l'hôpital. Pourtant, le pouvoir exerce clairement une force puissante à l'hôpital, peut-être même supérieure à celle de la plupart des normes explicites ou tacites qui y règnent. Je souhaite évoquer brièvement ces corrélations de pouvoir pour argumenter que ma discipline, l'éthique clinique, a jusqu'à présent trop peu et mal intégré les structures de pouvoir dans ses réflexions théoriques et méthodologiques. Nous devons y remédier à l'avenir – car même le soutien éthique à l'hôpital devrait connaître la réalité du pouvoir. Commençons par l'éthique. En tant que discipline et philosophie appliquée, l'éthique traite de valeurs et de normes. Les valeurs sont nos idéaux de vie, les normes représentent les règles découlant de nos idéaux. Par exemple, si la liberté est une valeur importante à mes yeux, je peux en dériver pour demain la norme de me rendre à vélo au travail, ce qui me correspond peut-être mieux que de m'enfermer dans un bus. Mais il est aussi probable que je prenne intentionnellement le bus, parce qu'il correspond à la norme tirée de la liberté qui me permettra après le travail de décider spontanément de boire deux verres de vin, sans avoir ensuite à rentrer en voiture. On voit déjà ici que la même valeur peut s'exprimer dans différentes normes. Ce fait est crucial pour les éthiciens cliniques que nous sommes. Il signifie en effet que toute valeur nécessite impérativement explication. Par exemple, lorsqu'un médecin déclare au cours de la discussion éthique d'un cas : « Pour M^{me} Z., on ne peut plus parler de qualité de vie », en tant qu'éthiciennes et éthiciens nous demandons : « Que voulez-vous dire exactement ? Quelles règles déduisez-vous de cette valeur de la qualité de vie ? Que signifie pour vous la qualité de vie ? » Ainsi, les normes découlant de valeurs, par exemple lors de la discussion éthique autour d'un-e patient-e à l'hôpital, jouent un rôle décisif.

Par le passé, les médecins n'avaient pas à déclarer leurs valeurs et les normes qui en découlaient, ils ne devaient pas non plus considérer celles de la patiente ou du patient (« volonté du patient ») comme un commandement éthique. C'est sans doute pour cette raison que certains médecins, hommes comme femmes, peinent encore à mener explicitement une réflexion critique sur les valeurs et les normes de leur rôle professionnel. Mais il se peut aussi que cette réflexion ne soit tout simplement pas assez ancrée dans leur formation. Raison pour laquelle on essaie

aujourd'hui d'exercer bien plus intensément la compétence communicationnelle dès les études de médecine et de transmettre à la socialisation médicale la « valeur » qu'il faut parler des valeurs, tout particulièrement quand l'équipe n'est pas unanime sur une décision clinique complexe. Outre les faits et pronostics scientifiques, il faut tenir compte également de différents points, tels que les idéaux de toutes les parties prenantes – et leurs valeurs. Les valeurs possèdent ainsi un grand pouvoir sur notre vie – et par là même sur les normes qui en découlent. Or ces liens restent souvent tacites, tout particulièrement à l'hôpital.

On parle également peu des structures de pouvoir au sein de l'hôpital : qu'il s'agisse du pouvoir structurel (que révèle un simple organigramme ; la parole de celle ou celui qui se trouve au sommet pèse le plus), du pouvoir d'organisation (de ceux qui peuvent prendre des décisions stratégiques pour l'organisation générale), du désir de pouvoir (des personnes en train de gravir les échelons de l'organigramme) ou, peut-être, du pouvoir symbolique (des personnes qui, sans être très haut placées dans l'organigramme, possèdent tout de même une certaine autorité). Ces structures de pouvoir sont parfaitement normales et ne constituent pas un problème éthique en soi, notamment lorsqu'elles sont communiquées de façon claire et transparente. On reste pourtant surpris que la discipline de l'éthique clinique étudie si peu ces facteurs contextuels du fonctionnement hospitalier. Même la théorie cardinale de l'éthique médicale clinique – celle des quatre principes – n'évoque pas le pouvoir. Elle s'articule autour de l'application de quatre principes médians devant aider les personnels de santé à structurer un processus de réflexion dans des situations morales complexes. Il s'agit des principes de a) respect de l'autonomie des patient-e-s (*respect for autonomy*), b) bienfaisance (*beneficence*), c) non-malfaisance (*nonmaleficence*) et d) justice ou équité (*justice*)¹. Mais ces quatre principes ne fournissent pas beaucoup de clés aux praticiens et praticiennes pour intégrer aussi à leur réflexion le contexte ou l'institution entendue comme un facteur situationnel important.

Les partisans de l'éthique du *care* (*Care Ethics*) se positionnent autrement. On parle également parfois à

1 Beauchamp, Tom et James Childress (2013) : Principles of Biomedical Ethics (7th edition), New York.

son propos d'« approches féministes en bioéthique »². L'éthique du *care* se fonde sur une vision de l'humanité qui accorde la priorité aux interrelations et interdépendances, et ce, selon un schéma de sollicitude mutuelle et collective, de responsabilité reposant sur la « volonté » de prendre soin les uns des autres, et non pas simplement du « devoir » impliqué par le droit ou un contrat de travail. Au-delà de ces axiomes, l'éthique du *care* s'emploie toujours – et nous en arrivons ici à notre réflexion sur le pouvoir, absente de l'éthique clinique – à accorder un droit de participation aux personnes qui en sont normalement exclues. Cette réflexion sur le pouvoir, impulsée par l'éthique féministe, est souvent placée sous la bannière du *giving voice*³. En d'autres termes, elle tente de donner la parole aux personnes qui ne sont autrement pas écoutées, que ce soit parce qu'elles ignorent elles-mêmes comment elles peuvent ou doivent s'exprimer ou parce qu'elles ne comprennent pas la situation (*hermeneutical injustice*) ou encore qu'elles ne sont pas prises au sérieux par les autres parties prenantes, parce que leurs propos et témoignages ne sont pas jugés pertinents (*testimonial injustice*)⁴.

La conclusion qui s'impose à mes yeux est que l'éthique clinique serait bien avisée de ne pas se contenter de remplir sa fonction de soutien auprès des personnels de santé « au chevet du malade », se résumant à arrêter une décision clinique éthique, et d'intégrer bien plus fortement dans sa réflexion théorique la totalité des facteurs contextuels de leur environnement de travail – par exemple les structures de pouvoir dans un hôpital – puis de les appliquer dans sa méthodologie. Le pouvoir normatif de l'éthique clinique pourrait alors se déployer bien plus fortement.

2 Voir aussi Kerwien, Christoph et Rouven Porz (sous presse) : *Professionelles Beziehungsgeschehen und ethische Theorien – zu den oft verborgenen anthropologischen Dimensionen des moralischen Handelns in der Klinik*, in : Riedel, Annette (éd.) : *Ethik im Gesundheitswesen*, Springer, Berlin.

3 Cette expression recouvre la nécessité d'accorder aux franges de population marginalisées la possibilité de réfléchir aux décisions politiques, tout particulièrement lorsque ces dernières affectent leur existence. Un fait souvent exprimé également par la devise : « nothing about us, without us ».

4 Sur cette bipartition des injustices relatives au pouvoir, voir Fricker, Miranda (2007) : *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*, Oxford University Press, New York.